

ARTIGO ORIGINAL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2014 A 2016

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE FOR HANSENIASIS IN THE STATE OF TOCANTINS FROM 2014 TO 2016

Kênia Marques Novato¹; Amanda Mesquita Grangeiro¹; Bruna Cunha de Mello³; Fabiana Ribeiro Queiroz de Oliveira Fagundes².



ACESSO LIVRE

Citação: Novato KN et al. (2020), PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO TOCANTINS NO PERÍODO DE 2014 A 2016, 6(4): 27-31.

Instituição:

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Tocantins .

² Docente Adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Autor correspondente: Kênia Marques Novato
keniamarques14@hotmail.com.

Editor: Guedes V. R.; Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 7 de Fevereiro de 2020.

Direitos Autorais: © 2020 Novato et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa com evolução crônica, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, que se mantém com alta incidência no Brasil ocupando o segundo lugar no ranking global de países com maior número de casos novos de hanseníase. Sendo o estado do Tocantins uma das regiões hiperendêmica do país. O objetivo do estudo foi realizar levantamento acerca da epidemiologia da hanseníase no Estado do Tocantins, no período entre 2014 e 2016. **Métodos:** Estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, que utilizou como fonte o sistema informatizado da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), vinculados ao Ministério da Saúde e ao DataSUS abrangendo o período entre 2014 e 2016.

Resultados: O período de 2014 a 2016 teve registro de 4.855 casos de hanseníase. A faixa etária mais acometida foi de 35 a 49 anos (29,1%), seguida de 50 a 64 anos (24,2%). A porcentagem de cura dos pacientes foi de 20%, com taxa de abandono de cerca de 1% e erro diagnóstico de 1%. O grau de incapacidade segundo ano da alta, cerca de 74% dos casos, foram deixados em branco na notificação. Dessa forma, a faixa etária compreendida entre 20 a 64 anos foi a mais afetada, mostrando que a hanseníase acomete no estado a população economicamente ativa.

Conclusão: O diagnóstico precoce e o tratamento efetivo são essenciais a fim de evitar impacto econômico importante para o estado. Além disso, é necessário pensar em melhorias no preenchimento das notificações de agravo, tendo em vista a alta porcentagem de casos que foram deixados em branco.

PALAVRAS-CHAVE: hanseníase, *Mycobacterium leprae*, lepra, Tocantins.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is an infectious disease of chronic evolution, caused by a bacterium called *Mycobacterium leprae* or Hansen's bacillus, which remains with high incidence in Brazil, ranking second in the global ranking of countries with the highest number of new leprosy cases. The state of Tocantins is one of the hyperendemic regions of the country. The objective of the study was to conduct a survey about the epidemiology of leprosy in the state of Tocantins, between 2014 and 2016.

Methods: A retrospective cross-sectional epidemiological study using the computerized system of the General Coordination of Leprosy and Diseases in Disposal and the Disease Information System (SINAN), both linked to the Ministry of Health and DataSUS, analysing data from the period between 2014 and 2016.

Results: The period from 2014 to 2016 had a record of 4,855 cases of leprosy. The most affected age group was 35 to 49 years old (29.1%), followed by 50 to 64 years old (24.2%). The cure rate of the patients was 20%, with a dropout rate of approximately 1% and a diagnostic error rate of 1%. As to the degree of disability according to the year of discharge, approximately 74% of cases were left blank in the notification. The age group from 20 to 64 years of age was the most affected, showing that leprosy affects mostly the economically active population in the state.

Conclusion: Early diagnosis as well as effective treatment are essential in order to avoid major economic impact on the state. In addition, it is necessary to consider improvements in filing grievance notifications, given the high percentage of cases that were left blank.

KEY-WORDS: leprosy, *Mycobacterium leprae*, leprosy, Tocantins.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida antigamente como lepra, é uma doença infecciosa com evolução crônica, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen¹. É uma patologia que se mantém com alta incidência em muitos países em desenvolvimento, sendo considerado um problema de saúde pública.

No Brasil, só no ano de 2016 o Ministério da Saúde registrou mais de 28.000 casos novos². Isso mostra que ainda existem desafios para alcançar a meta de mudança desse cenário: menos de um caso por 10 mil habitantes, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seguida pelo Ministério da Saúde³.

O Brasil é o segundo no ranking global de países com maior número de casos novos de hanseníase e concentra 93% de todos os casos novos detectados nas Américas. Ainda é o único país das Américas que não alcançou a meta de eliminação proposta pela OMS⁴.

Essa patologia apresenta-se por diferentes formas clínicas, que estão relacionadas com a imunogenicidade do bacilo e com o sistema imunológico do hospedeiro, manifestando sinais e sintomas dermatoneurológicos, lesões na pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés, com potencial para provocar deformidades e incapacidades quando não tratada ou tratada tardiamente. O contágio ocorre através de uma pessoa infectada pelo bacilo na forma multibacilar não tratada, que o elimina pelo meio exterior através das vias respiratórias superiores, contagiando pessoas susceptíveis à doença¹.

Para o diagnóstico, classifica-se de acordo com o número de lesões na pele. Até cinco lesões caracteriza-se a forma paucibacilar (PB) e mais de cinco lesões a forma multibacilar (MB). No entanto, quando há baciloscopia com resultado positivo, trata-se da forma MB independentemente do número de lesões. Porém, negatividade do exame não exclui o diagnóstico de hanseníase nem classifica o caso como PB. O diagnóstico é considerado para estabelecer o esquema de tratamento poliquimioterápico para o paciente¹.

A distribuição espacial da hanseníase é heterogênea no Brasil: a Região Sul alcançou a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública — prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes. Porém, as Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, ainda são consideradas as áreas de maior transmissão da doença no país. Uma análise de cluster, realizada em 2009 pelo Ministério da Saúde, mostrou que os Estados do Mato Grosso, do Tocantins, de Rondônia, do Pará e do Maranhão pertencem a uma área com alto risco de transmissão persistente de hanseníase⁵.

Em 2012, o estado do Tocantins ocupou o segundo lugar no ranking brasileiro, com um coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase de 73,4 por 100 mil habitantes⁶. Entretanto, dados mais recentes de um levantamento feito pela Organização das Nações Unidas em 2016, o estado já ocupava o quinto lugar nesse mesmo ranking, sendo precedido pelo Pará, Maranhão, Mato Grosso do Sul e Rondônia².

Diante disso, considerando o problema de saúde pública que essa doença representa no estado do Tocantins,

este estudo buscou apresentar características epidemiológicas, diagnósticas e correlações clínicas dos casos de hanseníase no estado do Tocantins entre os anos de 2014 e 2016.

O objetivo do estudo foi realizar levantamento acerca da epidemiologia da hanseníase no Estado do Tocantins, no período entre 2014 e 2016.

MÉTODO

Estudo epidemiológico transversal, retrospectivo, que utilizou como fonte o sistema informatizado da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ambos vinculados ao Ministério da Saúde e ao DataSUS abrangendo o período entre 2014 e 2016.

As variáveis analisadas foram: total de casos por ano, forma de detecção da doença, distribuição por gênero, faixa etária, forma clínica prevalente, acometimento cutâneo e nervoso, grau de incapacidade e tratamento adotado.

Foram incluídos todos os casos notificados e com diagnóstico confirmado de hanseníase. Contudo, foram excluídos os casos, que apesar de notificados, não foram avaliados, com preenchimento em branco ou com inconsistências.

RESULTADOS

O Estado do Tocantins é considerado hiperendêmico. Em 2011, relatório do Sistema de Vigilância a Saúde, apontou que 94 dos 140 municípios do Estado apresentavam endemicidade muito alta. O período de 2014 a 2016 teve registro de 4.855 casos de hanseníase. Em 2016, observou-se o maior número de casos, que corresponde a 50,2% das notificações totais. A distribuição dos casos por gênero mostrou que 57% dos portadores da doença eram homens, enquanto as mulheres correspondiam a 43%.

A faixa etária mais acometida foi de 35 a 49 anos (29,1%), seguida de 50 a 64 anos (24,2%). Os casos de menores de quinze anos portadores da doença correspondem a 7,3% do total de notificações do Estado do Tocantins (Figura 1), uma porcentagem maior que a média nacional para o mesmo período (5,3%).

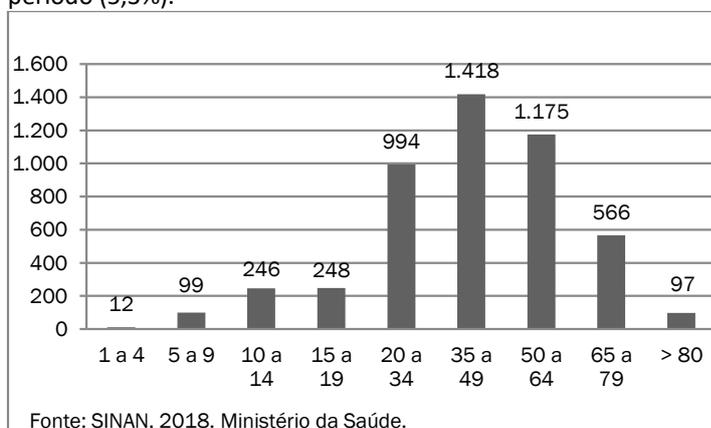


Figura 1 - Acometimento por faixa etária.

Os diagnósticos da doença, entre 2014 e 2016, foram feitos em 34% dos casos por demanda espontânea e 29% por encaminhamento. Esses dados diferem do cenário nacional

encontrado no período, no qual a prevalência do diagnóstico foi por encaminhamento (39%).

De acordo com a classificação operacional, a forma multibacilar foi predominante (73%) em relação à forma paucibacilar (Tabela 1). Destaca-se crescimento importante no número de casos multibacilar notificados em 2016, que apresentou aumento, aproximadamente, de 164% em comparação com os anos de 2014 e 2015.

Classificação Operacional	2014	2015	2016	Total
Paucibacilar	535	358	422	27%
Multibacilar	756	764	2.020	73%

Fonte: SINAN, 2018. Ministério da Saúde.

Tabela 1 - Classificação Operacional.

A forma clínica prevalente no período foi a tipo dimórfica (53,4%), sendo seguida pela forma indeterminada (15,7%). As formas clínicas virchowiana e tuberculoide mostraram números de apresentação parecidos, sendo juntos responsáveis por 24,3% dos casos (Tabela 2).

Forma Clínica	Casos	Classificação operacional
Indeterminada	764	88% PB
Tuberculoide	582	87% PB
Dimórfica	2.595	98% MB
Virchowiana	597	98% MB
Não classificada/ Ignorada	317	-

Fonte: SINAN, 2018. Ministério da Saúde.

Tabela 2 - Forma Clínica.

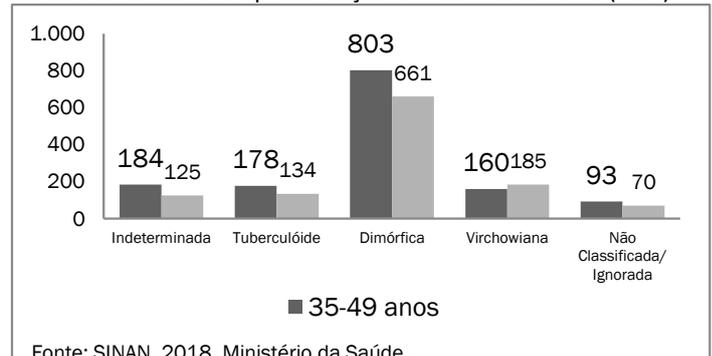
Em 2016, o número de casos totais de hanseníase praticamente dobrou, em comparação com os anos anteriores. Esse padrão também foi observado na manifestação da forma clínica dimórfica da doença, que nesse mesmo ano apresentou crescimento significativo em comparação a 2014 e 2015.

Na forma clínica dimórfica e virchowiana, 98% dos casos em ambas foram classificados como multibacilar. Por sua vez, a indeterminada e a tuberculoide tiveram 88% e 87% dos casos, respectivamente, classificados como paucibacilar (Tabela 2).

De acordo com o número de lesões observadas no momento do diagnóstico, a forma clínica dimórfica, a mais prevalente, tinha 39% dos casos com duas a cinco lesões cutâneas e 62% com acometimento de nervos menor ou igual a cinco. Na forma indeterminada 31% dos casos tinham de duas a cinco lesões e 20% com cinco ou menos nervos acometidos. Na tuberculoide, 33% das notificações já apresentavam de duas a cinco lesões e 24% acometimento de cinco ou menos nervos. Na manifestação virchowiana, 33% dos pacientes tinham de duas a cinco lesões e 53% apresentaram de cinco a menos nervos acometidos.

Independente da classificação pela forma clínica, a porcentagem de casos ignorados foi de 49% a cerca da quantificação das lesões de pele e 45% para o acometimento nervoso, reforçando a necessidade do correto preenchimento das notificações de agravo.

A faixa etária mais acometida compreendeu o intervalo entre 35 e 64 anos. De acordo com a classificação clínica da hanseníase a forma prevalente, nos anos estudados e para essa faixa etária, foi a dimórfica, que corresponde a 54% dos casos totais (Figura 2). Entre 35 e 49 anos a segunda forma mais frequente foi a indeterminada (13%), enquanto na faixa etária de 50 a 64 anos foi a apresentação clínica virchowiana (16%).



Fonte: SINAN, 2018. Ministério da Saúde.

Figura 2 - Forma clínica predominante por idade

A porcentagem de cura dos pacientes foi de 20%, com taxa de abandono de cerca de 1% e erro diagnóstico de 1%. A avaliação da resolutividade do tratamento para hanseníase apresenta dificuldade em sua execução devido à transferência dos pacientes (13%), que dificulta o seguimento clínico do momento do diagnóstico até a alta, e por que 64% dos casos não tiveram sua forma de saída preenchida, mostrando uma deficiência importante no preenchimento do sistema de notificação.

A respeito do grau de incapacidade segundo ano da alta, cerca de 74% dos casos foram deixados em branco na notificação. Dos casos preenchidos, observou-se que 61% apresentaram grau 0 de incapacidade; 18% grau I e 5% grau II. Duzentos e quatro casos (16%) não foram avaliados. Especificamente em relação à faixa etária entre 4 e 14 anos, pode-se observar uma alta taxa de deformidades visíveis no momento da alta: 52%, 53% e 35% nos anos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

O esquema poli quimioterápico mais utilizado foi o PQT/MB/12 doses (72,5%), seguindo a tendência esperada de acordo com a maior quantidade de casos multibacilar registrados. O esquema PQT/PB/6 doses correspondeu a 27% das abordagens terapêuticas. Outros esquemas substitutivos foram necessários em menos de 1% dos casos. Independente da quantidade de lesões encontradas, o esquema terapêutico dominante continuou a ser o PQT/MB/12 doses.

A forma clínica dimórfica, prevalente no período analisado, foi tratada em sua maioria pelo esquema PQT/MB/ 12 doses (98%), enquanto na forma indeterminada, segunda mais prevalente, foi empregado o esquema PQT/PB/6 doses (88%). A forma tuberculoide foi tratada 87% das vezes com o esquema em seis doses, enquanto na forma virchowiana aplicou-se a terapia com 12 doses em 98% dos casos (Tabela 3).

Forma Clínica	PQT/PB/ 6 doses	PQT/MB/ 12 doses	Outros esquem as
Indeterminada	673	88	3
Tuberculoide	508	71	3
Dimórfica	38	2.542	15
Virchowiana	7	586	4
Não classificada/ Ignorada	79	235	3

Fonte: SINAN, 2018. Ministério da Saúde.

Tabela 3- Tratamento de acordo com a forma clínica.

A escolha terapêutica, de acordo com a forma clínica da doença, segue padrão observado na distribuição da classificação operacional nas diferentes manifestações da hanseníase.

DISCUSSÃO

A hanseníase é uma doença notificada compulsoriamente e de maneira semanal através do preenchimento dos dados pelo SINAN, sendo feito quando o diagnóstico de um caso é confirmado⁷. Apesar de os dados retirados do DataSUS mostrarem que as notificações têm sido feitas, é possível observar um preenchimento inadequado das mesmas, uma vez que cerca de 70% das fichas teve tanto o campo de incapacidade segundo o ano da alta quanto a forma de saída deixados em branco. Dessa maneira, a interpretação dos dados fica limitada, dificultando as estratégias para a erradicação da patologia.

A população economicamente ativa do estado do Tocantins – 20 a 64 anos - foi a mais afetada nesses três anos. No entanto, não é possível estabelecer com clareza a quantidade de pessoas que apresentaram manifestações capazes de causar incapacidade física (grau II), uma vez que a análise realizada mostrou que em 74% das fichas, relacionadas a essa faixa etária, o campo a respeito do grau de capacidade foi deixado em branco. Devido ao seu potencial incapacitante, a falta desse tipo de informação compromete avaliação do impacto gerado à economia do Estado.

Tais dados corroboram para a necessidade de intervenção e conscientização a respeito do preenchimento aquedado dessas fichas, pois quanto maior a exatidão dos dados, melhor a estimativa do impacto da hanseníase na economia, saúde do Estado e otimização do manejo para a erradicação da doença. O estado do Tocantins ocupava, no ano de 2016, o 2º lugar em casos novos em menores de 15 anos no Brasil. Esse dado apresenta-se de forma paradoxal com projetos de educação em saúde realizados pelo Estado. Uma dessas propostas foi a Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma em escolares, realizada entre 2013 a 2018 em crianças de 4 a 14 anos⁸. Seu objetivo era disseminar a educação e o diagnóstico precoce por meio de exames de contato nas escolas da rede pública.

Apesar de infância e adolescência não serem a faixa etária de maior prevalência no estado (figura 4), as crianças acometidas tiveram alta taxa de deformidades visíveis: 52%, 53% e 35% nos anos de 2014, 2015 e 2016, respectivamente.

Segundo o grau de incapacidade no ano da alta, 5% foram notificados em grau II – deformidade visível nas mãos, pés e/ou olhos – no ano de 2016, sendo uma taxa que vem apresentando redução com o passar do tempo. No mesmo ano, registrou-se o maior número de casos, porém com a menor taxa de incapacidade grau II dentre os anos compreendidos no estudo, evidenciando melhora no diagnóstico precoce, já que as incapacidades físicas são sinalizadoras do diagnóstico tardio⁹. Por meio da distribuição espacial observa-se a presença de municípios endêmicos em todas as regiões do Estado. No ano de 2011, 67% dos municípios do Tocantins eram considerados hiperendêmicos, dentre eles a capital, Palmas¹⁰.

Os dados analisados para o período de 2014 a 2016 demonstram um aumento do número de casos significativos, o que constitui fator de relevância para o planejamento das ações de controle, tratamento e prevenção da doença. O número de crianças afetadas no estado também é importante, na medida em que mostra valor aumentado em comparação com a medida nacional no mesmo período.

A forma clínica mais comum em todos os casos notificados foi a dimórfica (53,4%), fato importante por apresentar grande poder de transmissão³. A forma multibacilar foi a predominante (73%), tendo apresentado crescimento extremamente significativo, aumento cerca de 164% em comparação aos dois anos anteriores.

A maioria dos diagnósticos (34%) foi feito através da demanda espontânea. Os exames coletivos e de contatos foram responsáveis por apenas 14% dos diagnósticos da doença. Visto que os últimos dois modos são considerados os principais instrumentos de avaliação e detecção precoce da hanseníase é importante fortalecer a busca ativa nos serviços de saúde, visando diminuir casos de prevalência oculta e diminuir as incapacidades advindas desta patologia^{11,12}.

CONCLUSÃO

Dentre as unidades da federação, o Tocantins, continua a ser considerado um Estado hiperendêmico para a hanseníase. Segundo relatório de situação do Tocantins, vinculado ao Sistema Nacional de Vigilância a Saúde¹⁰, o Estado ainda demanda intensificação das ações visando à eliminação da doença, justificadas pelo padrão de endemicidade segundo parâmetros de prevalência.

Dessa forma, é notável que a hanseníase continua a ser um agravo à saúde importante no estado do Tocantins. Para que seja possível alcançar as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde, de redução de prevalência da doença, é essencial o investimento e melhora dos serviços de vigilância, focando principalmente nos exames de contatos e da coletividade¹³.

Devido ao estigma intrínseco a esta doença, torna-se central a promoção de ações de conscientização e educação sobre a patologia, destacando seu caráter transmissível e a possibilidade de cura com o tratamento adequado¹³.

REFERÊNCIAS

1. MONTEIRO M et al. Perfil Epidemiológico de Casos de Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. *Revista Atenção de Saúde*, v15 n54. 2017;21–8.
2. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Brasil registra 11,6% dos casos de hanseníase no mundo, 2018. Available from: <https://nacoesunidas.org/brasil-registra-116-dos-casos-de-hansenia-se-no-mundo/>
3. MIRANZE S, PEREIRA L, NUNES A. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em um Município Brasileiro, no período de 2000 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43:62–7.
4. BASTOS W. Características sociodemográficas e epidemiológicas da hanseníase no município de Palmas - Tocantins. UFBA; 2017. Available from: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/25732/1/DISSERTAÇÃO_FINAL_MP_Whislay_Bastos_2017.pdf
5. FREITAS L, DUARTE E, GARCIA L. Analysis of the epidemiological situation of leprosy in an endemic area in Brazil: spatial distribution in the periods 2001-2003 and 2010-2012. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20:702–13.
6. MONTEIRO LD, MARTINS-MELO FR, BRITO AL, LIMA M da S, ALENCAR CH, HEUKELBACH J. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. *Cad Saude Publica*; 31(5):971–80. Maio de 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500009&lng=pt&lng=pt
7. BRASIL M da S. Portaria N° 205, 2016. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html
8. TOCANTINS S da S. Campanhas Alusivas a Hanseníase. Available from: <https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencas-transmissiveis-e-nao-transmissiveis-/hansenia-se/campanhas-alusivas-a-hansenia-se/>
9. BRASIL M da S. Boletim Epidemiológico - Hanseníase. 2018.
10. BRASIL M da S. Relatório de situação - Tocantins. Brasília; 2011. Available from: www.saude.gov.br/svs
11. BRASIL M da S. Controle da Hanseníase na Atenção Básica - guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília; 2001.
12. BRASIL M da S. Guia para o controle da hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2002. 2–89 p. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia-se.pdf
13. ALVES ED, FERREIRA TL, FERREIRA IN. Hanseníase - Avanços e Desafios. 1st ed. Brasília: NESPROM; 2014, 492 p. Available from: <http://www.morhan.org.br/views/upload/hansenia-seavancoes.pdf>